

Povezivanje zdravstvenih ustanova s informacijskim sustavom Državnog registra MPO



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Croatian
Health
Insurance
Fund

ŠIFRA ZDRAVSTVENE USTANOVE koju dodijeljuje HZZO (upisati)		NAZIV I ADRESA (ulica i kućni broj) ZDRAVSTVENE USTANOVE (upisati)		
ŠIFRA, NAZIV I ADRESA (ulica i kućni broj) RADILIŠTA (upisati)				
IME I PREZIME DJELATNIKA (upisati)	ŠIFRA ZDRAVSTVENOG DJELATNIKA (upisati)	MBO ZDRAVSTVENOG DJELATNIKA (upisati)	VRSTA KORISNIKA (odabrati)	ZAHTJEV ZA OVLAŠTENJA (odabrati)
U _____, dana _____			M.P.	
(Potpis ovlaštene osobe za zastupanje ugorne zdravstvene ustanove)				